

Condiciones básicas de integración y articulación para una Red Integrada de Servicios en Salud en la ciudad de Medellín

Santiago Botero Marín
sboterom@eafit.edu.co

Juan David Vargas Gutiérrez
jdvargasg@eafit.edu.co

Resumen

Esta investigación utiliza como herramienta principal una encuesta a directivos y usuarios para determinar las condiciones y parámetros básicos a tener en cuenta en el montaje de una red de servicios integrados de salud. Los resultados obtenidos muestran que la red debe ser configurada entre no más de cinco instituciones prestadoras de salud y menos de 200.000 usuarios; atendiendo necesidades insatisfechas de la población en términos de acceso, pertinencia, seguridad y oportunidad. La calidad de la prestación y la eficiencia operativa deben ser la hoja de ruta para determinar los objetivos óptimos de desempeño; en consecuencia, la distribución de los excedentes financieros de la red. Los modelos de contratación varían entre niveles de complejidad y deben ser resueltos antes de la configuración de la red.

Palabras claves

Variables de información, modelo de contratación, niveles de atención, RISS, IPS, EPS.

Abstract

This research uses a poll to administrative personal and patients as the main tool to stablish the basic conditions and parameters to take in consideration during the assembly of an Integrated Health Service Network. The results obtained show that the Network must have no more than 5 health providers institutions and less than 200.000 patients affiliated; this network should attend the unfulfilled needs of the population in terms of access, pertinency, security and opportunity. The quality of the service and the operative efficiency must become the roadmap to determine the optimal objectives of performance and in consequence the distribution of the financial surplus of the network. The models of contracts vary among the different levels of complexity and have to be resolved before the initial configuration of the network.

Keywords

Information Variables, Contracting Model, Levels of Care, RISS, IPS, EPS.

1. Introducción

El desarrollo de esta investigación se realizó en la ciudad de Medellín, situada en el centro del Valle de Aburrá del departamento de Antioquia, en la Cordillera Central, atravesada por el río Medellín. Por el norte limita con los municipios de Bello, Copacabana y San Jerónimo; por el sur con Envigado, Itagüí, La Estrella y El Retiro; por el oriente con Guarne y Rionegro y por el occidente con Angelópolis, Ebéjico y Heliconia. La ciudad es el núcleo principal del área metropolitana del Valle de Aburrá. Cuenta con una extensión de 105 kilómetros cuadrados de suelo urbano, 270 de suelo rural y 5,2 de suelo para expansión, y una población total, para el 2018, de 2.508.452 habitantes, según el DANE (2018), lo que la hace la segunda ciudad más poblada de Colombia. La ciudad está distribuida político-administrativamente en dieciséis comunas: Popular, Santa Cruz, Manrique, Aranjuez, Castilla, Doce de Octubre, Robledo, Villa Hermosa, Buenos Aires, La Candelaria, Laureles- Estadio, La América, San Javier, El Poblado, Guayabal y Belén, y cinco corregimientos: Palmitas, San Cristóbal, Altavista, San Antonio de Prado y Santa Elena. Tiene un total de 249 barrios urbanos oficiales (Alcaldía de Medellín, 2016).

Medellín cuenta con un modelo de salud de alta calidad que concentra la prestación en el primer y tercer nivel de complejidad; este último, en su mayoría, con instituciones acreditadas nacional e internacionalmente. Hay un déficit en el segundo nivel de complejidad, lo cual encarece la prestación de los servicios y aumenta la siniestralidad de la población asegurada. La ineficiencia en el escalonamiento de los servicios son factores que pueden ser corregidos a través de la implementación de las Redes Integradas de Servicio en Salud (RISS). Así mismo, el fortalecimiento del primer nivel de atención y de los canales de comunicación entre las Instituciones Prestadoras de Servicio resolverá, en parte, el déficit actual.

Esta investigación tiene como objetivo establecer las bases para la conformación de una RISS en la ciudad de Medellín, puesto que la atención de los pacientes es fragmentada y existen barreras de acceso que impiden su continuidad y el correcto escalonamiento entre sus distintos niveles. Esta situación deriva en el aumento de los costos (siniestralidad) de la prestación y pone en riesgo la

sostenibilidad financiera del sistema de salud y la percepción de los usuarios. El establecimiento de las RISS impacta positivamente la cuádruple meta en salud: satisfacción del usuario, sostenibilidad financiera, resultados en salud y bienestar del cliente interno.

Se contó con la participación de los directivos de las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) y Entidades Promotoras de Salud (EPS) de distintos niveles de complejidad de la ciudad de Medellín, y de usuarios de diferentes regímenes que a través de encuestas ofrecieron una percepción del modelo ideal de RISS; lo anterior, acompañado por una revisión bibliográfica extensa y el análisis de los antecedentes mundiales, lo que propició la caracterización de los parámetros y condiciones básicas de integración y articulación de una RISS en Medellín.

El enfoque del proceso se estableció con base en la pregunta, ¿bajo cuáles parámetros se debe estructurar una RISS en Medellín, teniendo en cuenta su alta tasa de siniestralidad, la carga de morbilidad, el perfil epidemiológico y los sobre costos asociados a la alta presión tecnológica que sufre la ciudad? Los beneficiarios de este trabajo son todos los directivos y gerentes de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) e IPS que, conscientes de la necesidad de construir RISS en la ciudad, desconocen los pasos necesarios y las variables fundamentales para su diseño, estructuración y puesta en marcha.

El desarrollo del problema de investigación parte de cómo articular diferentes IPS de distintos niveles bajo el marco de una RISS, garantizando a la vez niveles óptimos de atención y calidad, lo que permite la sostenibilidad financiera de las IPS y las EPS que participan en la RISS.

Ahora bien, uno de los problemas inherentes para el desarrollo de la investigación fue cómo formular una estrategia que pudiera abordar las distintas instituciones que trabajan independientemente y con modelos de contratación diferentes, para que juntas establezcan sinergias que al final mejoren los resultados de salud de la población afiliada, generen rentabilidad y cumplan con las expectativas de los usuarios.

El sistema de salud colombiano enfrenta actualmente un reto de sostenibilidad financiera que exige que los actores se unifiquen en estructuras complejas y eficientes que no solo trabajen para generar resultados en salud, sino también para que permitan contar con una viabilidad económica a largo plazo. Estas estructuras están definidas dentro del marco de una RISS que incluye a las IPS, desde el primer hasta el cuarto nivel de complejidad.

Para volver operativa la red, las EPS cuentan, en el marco normativo, con diferentes modelos de contratación: capacitación, pago por evento, pago global prospectivo, pago por resultados y bolsa común de redistribución. Sin embargo, estos modelos no logran transferir completamente el riesgo en salud ni tampoco dan respuesta a la fragmentación y falta de continuidad en la atención. Por tales motivos, hay múltiples ineficiencias como la duplicación de ayudas diagnósticas, la omisión de antecedentes clínicos relevantes, las duplicidades en la formulación de medicamentos y la desarticulación entre los actores e incentivos perversos para las IPS que terminan sobrecargando el sistema.

La RISS busca articular las diferentes IPS, de diferentes niveles de complejidad (primero, segundo, tercero y cuarto nivel) y con enfoques diferenciados, para cumplir el principio de continuidad, disminuir las ineficiencias y mitigar el riesgo asumido por las EAPB. La red prestará servicios de salud de baja y alta complejidad y distribuirá los ingresos transferidos por la EAPB a todos los actores del sistema, de acuerdo con los parámetros definidos desde el principio y que obedecen a criterios de riesgos asumidos, costos de la prestación y resultados financieros y de impacto en salud.

Algunas EPS de la ciudad de Medellín han reconocido los beneficios de contar con RISS basadas en georreferenciación. Para agosto del 2019 la primera RISS de EPS SURA comenzó a funcionar en la zona nororiental de la ciudad de Medellín. En octubre de 2019, mientras aún se realizaban ajustes a la RISS nororiental, se comenzaron mesas de trabajo con IPS del centro de la ciudad para la construcción de una nueva RISS. Otras EPS han intentado contratar con redes de IPS que no contienen todos los niveles de atención, por lo tanto, no responden

al problema esencial de la fragmentación y falta de continuidad, convirtiéndose simplemente en prestadores con amplios portafolios de servicios o, en el mejor de los casos, con subcontrataciones.

2. Marco de referencia conceptual

Antecedentes

El estado del arte es la revisión documental de investigaciones y artículos que abordan el tema de investigación; y el tema de investigación indaga en textos que abordan los niveles y modelos de atención en salud, más las variables de información clínica.

La revisión del estado del arte se analiza desde tres niveles: el internacional, el nacional y el local, desde lo departamental; concretamente desde el municipio de Medellín.

Internacional

El 8 de septiembre de 2000, los jefes de estado de 189 países se reunieron en Nueva York para celebrar la Cumbre del Milenio (Quiroga, 2007); allí establecieron los objetivos del milenio, entre los cuales se encuentran mejorar la salud materna, reducir la mortalidad infantil y combatir el VIH/SIDA. Estos objetivos se han convertido en la hoja de ruta de muchos países en lo relacionado con temas de salud.

Los países latinoamericanos han dado los primeros pasos para la formación de RISS, lo cual se convirtió en un compromiso que permite dar cumplimiento a la Declaración de Montevideo, la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017 y el Consenso de Iquique (Organización Panamericana de Salud - Organización Mundial de la Salud, 2009).

En la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas se indica el desarrollo de los sistemas de salud basados en la Atención Primaria de Salud (APS), para lo cual es necesario fortalecer el primer nivel de atención ya que la falta de resolución deriva en un aumento de las consultas por urgencias y de hospitalizaciones innecesarias (Franco, Kennelly, Cooper y Ordúñez, 2007).

Sumado a esto, el aumento de las enfermedades crónicas, debido a estilos de vida poco saludables, y el envejecimiento de la población exige que los prestadores de los servicios de salud requieran mayor integración y se ajusten a las necesidades y preferencias de las personas, buscando avances tecnológicos que permitan la equidad y el acceso adecuado a los servicios de salud (Rosas, Narciso y Cuba, 2013).

Las reformas de los sistemas de salud latinoamericanos se dieron en la década de los ochenta y noventa, y fueron consideradas políticas estandarizadas, las cuales no se ajustaron a las necesidades de cada país, lo que hizo más difícil la articulación y las sinergias y causó el aumento de la fragmentación, la falta de acceso a los servicios, la pérdida de la continuidad de la atención y la falta de congruencia de los servicios con las necesidades de los usuarios.

Varios países de Latinoamérica han hecho diferentes esfuerzos para promover los procesos de prestación de servicios integrados, buscar la participación de proveedores, prestadores, aseguradores, y garantizar una asistencia continua bajo criterios de calidad.

La búsqueda de modelos de atención de salud más equitativos e integrales no es nueva. Varios de los países de la Región llevan años diseñando e implementando modelos de atención con este fin. En muchos casos, esta búsqueda fue inspirada por la Declaración de Alma-Ata de 1978, la cual en su artículo VII sostiene que la Atención Primaria de Salud (APS) “debe mantenerse mediante un sistema integrado, funcional y de sistemas de referencia... conduciendo al mejoramiento progresivo y comprensivo de la atención sanitaria integral para todos y asignando prioridad a los más necesitados” (Pan American Health Organization, 2012).

En junio de 2007 la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017, en el párrafo 49, menciona la necesidad de “fortalecer los sistemas de referencia y

contrarreferencia y mejorar los sistemas de información a nivel nacional y local para facilitar la prestación de servicios comprensivos y oportunos”. Para julio del mismo año, en la XVII Cumbre Iberoamericana de Ministros de Salud, párrafo 6, se señala “la necesidad de desarrollar redes de servicios de salud basadas en la atención primaria, de financiamiento público y cobertura universal, dada su capacidad para aminorar los efectos de la segmentación y la fragmentación, articulándose con el conjunto de las redes sociales” (Ministro de Salud de las Américas en la Ciudad de Panamá, 2007).

Para concluir, la Asamblea Mundial de Salud, de la Organización Mundial de la Salud (OMS), incluye el fortalecimiento de los sistemas de salud. En el punto 1.3 habla sobre los modelos de atención: “que presten servicios de atención primaria integrales, incluyendo promoción de la salud, prevención de enfermedad, cuidados curativos y paliativos, que están integrados con los otros niveles de atención y coordinados de acuerdo con las necesidades, al mismo tiempo que aseguren una referencia efectiva al cuidado secundario y terciario” (“Primary Health Care, Including Health System Strengthening”, 2009).

Para esta investigación queda claro que los objetivos de desarrollo sostenible, inspirados en los objetivos del milenio, sentaron las bases de las políticas internacionales en salud colectiva. Latinoamérica no fue ajena a este compromiso mundial, e incluso algunos países lideraron muchos de los desarrollos en salud que buscaban acceso, calidad y mejoría de indicadores fundamentales como mortalidad materna y morbilidad infantil. Cuba, Chile, Brasil y Costa Rica desarrollaron modelos en red que dieron respuesta a estos retos en salud; sin embargo, sus condiciones particulares no permitían extrapolar las estructuras administrativas a toda Latinoamérica. En el presente texto se utilizaron los modelos de atención de algunos de estos países.

Nacional

En la región hay varios países que han logrado la creación de las RISS, como Cuba, Chile, Brasil y Costa Rica; sin embargo, en Colombia se han presentado algunas dificultades por la falta de comunicación entre los diferentes actores de la salud, la ausencia de un sistema de información global y los conflictos a nivel de contratación con las EPS que no han permitido la consolidación de esta estrategia. A pesar de ello, los avances que Colombia ha presentado en la mortalidad materna e infantil, han logrado disminuir, en un 95,10%, por el aseguramiento en salud, según el Ministerio de Salud y Protección Social (2019) y las IPS que alcanzan altos estándares de calidad.

Las Naciones Unidas han establecido unos objetivos aún más ambiciosos y exigentes, descritos en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible (CEPAL, 2015). El sistema de salud colombiano enfrenta un reto aún más grande: garantizar el acceso de calidad a una población en su mayoría asegurada pero con exigencias altas en términos de calidad del servicio y una presión mediática que va en aumento.

Para lograr estos objetivos, y responder a las presiones de los medios y de la sociedad, Colombia debe mejorar la eficiencia del sistema de salud; para ello, debe buscar soluciones en distintos campos, como el financiero y el educativo. El exministro de salud colombiano, entre los años 2012 a 2018, afirma que: “el gran problema del sistema es el flujo ineficiente de los recursos, intermediaciones múltiples que no aportan valor agregado y modelos de contratación que no premian al buen prestador ni castigan a los malos” (Gaviria, 2016). Por lo que se habla de sobrecostos por presiones tecnológicas, expresadas en medicamentos de última tecnología que no ofrecen una diferencia significativa en el devenir de las patologías o en beneficio de la calidad de vida del paciente. La presión tecnológica genera sobrecostos y recarga el sistema en el tercer y cuarto nivel de atención, enfatizando los recursos a los primeros niveles, encargados de los procesos primarios como la detección temprana y protección específica (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014).

En cuanto a lo anterior, estos son algunos de los problemas del sistema de salud colombiano, el cual no podría definirse como injusto, inequitativo o de mala calidad. Pese a esto, son factores que resaltan la eficiencia de un sistema altamente complejo, el cual es considerado como un ejemplo para muchos otros países del mundo, fundamentado en una ley estatutaria de salud, la cual impone una gran carga a los aseguradores y prestadores de servicios de salud, que deben cumplir con unas exigencias cada vez mayores y disponer de unos recursos cada vez menores.

Esta fragmentación se ve reflejada en las personas que hacen uso del sistema día a día, pues se evidencia la falta de oportunidad de acceso a la atención, los procesos administrativos que generan grandes listas de espera para procedimientos de tercer y cuarto nivel, las remisiones tardías y las múltiples visitas a diferentes sitios asistenciales para solucionar una sola patología. El mal uso de los recursos con atenciones poco resolutivas, la duplicidad en los servicios, las consultas a urgencias en busca de una atención especializada y la estancia prolongada en los servicios de hospitalización, han puesto de manifiesto la necesidad de construir una red que permita articular los diferentes niveles de complejidad del sistema de salud, sin perder la congruencia de la atención.

El modelo de aseguramiento mixto en Colombia ofrece unas condiciones de contratación particulares que deben ser estudiadas, independientemente de las experiencias de otros países. Para el desarrollo de esta investigación se revisaron algunos casos de la ciudad de Bogotá, cuyas experiencias en la conformación de redes podrían ser fácilmente extrapolables a la ciudad de Medellín. Cali y Barranquilla han intentado constituir RISS que se han quedado cortas en el cubrimiento completo de todos los niveles y que solo han logrado integrar unas cuantas IPS especializadas. Todos estos intentos, en mayor o menor medida, contribuyeron al entendimiento del complejo sistema articulador que contempla una RISS, no solo desde el área contractual sino desde el flujo de la información y el movimiento de los pacientes en su interior.

Local

La primera red de Antioquia fue constituida en 2011 y fue llamada Metrosalud. En Medellín, algunos indicadores de salud fundamentales, como la incidencia del VIH, la mortalidad materna y el suicidio, aumentaron; además, la percepción de salud, especialmente en el régimen subsidiado, no mejoró (Alcaldía de Medellín, 2016) y las diferentes interpretaciones de lo que debe ser un servicio integral de salud nos ha llevado a elaborar un mecanismo para la integración de los niveles de salud con canales de comunicación efectivos, sistemas informáticos adecuados y una educación continua que sea medida por indicadores que permitan evaluar el desempeño de la red y un mejoramiento de la misma.

La propuesta de red integrada de servicios de salud para el municipio de Medellín pretendía tomar como guía la ley 1438 de 2011, por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud. El municipio de Medellín es la población y territorio que se encontraba a cargo de la red, con un diagnóstico y perfil de la población referenciado en el plan de desarrollo y plan local de salud de Medellín. Para el comienzo de actividades en la red, cabe resaltar dos pilares esenciales para su funcionamiento: la Atención Primaria en Salud y la Portabilidad Nacional, atributos que indiscutiblemente hacen parte de una red integrada de servicios de salud y que en el actual marco legal los respaldan y soportan para un gran inicio con el Artículo 2. Orientación del sistema general de seguridad social en salud (Alcaldía de Medellín, 2012).

La Organización Panamericana de Salud (2009) ha definido catorce atributos esenciales para las redes integradas de servicios de salud, así: modelo asistencial: 1) población y territorio a cargo definidos y amplio conocimiento de sus necesidades y preferencias en cuestiones de salud, que determinan la oferta de servicios de salud; 2) una extensa red de establecimientos de salud que presta servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, gestión de enfermedades, rehabilitación y cuidados paliativos, y que integra los programas focalizados en enfermedades, riesgos y poblaciones específicas, los servicios de salud personales y los servicios de salud pública; 3) un primer nivel de atención multidisciplinario que cubre a toda la población y sirve como puerta de entrada al sistema, que integra y coordina la atención de salud, además de satisfacer la mayor parte de las necesidades de salud de la población; 4) prestación de servicios especializados en el lugar más apropiado, que se ofrecen de preferencia en entornos

extrahospitalarios; 5) existencia de mecanismos de coordinación asistencial a lo largo de todo el continuo de los servicios de salud; 6) atención de salud centrada en la persona, la familia y la comunidad, teniendo en cuenta las particularidades culturales y de género y los niveles de diversidad de la población. Gobernanza y estrategia: 7) un sistema de gobernanza único para toda la red; 8) participación social amplia y 9) acción intersectorial y abordaje de los determinantes de la salud y la equidad en salud. Organización y gestión: 10) gestión integrada de los sistemas de apoyo clínico, administrativo y logístico; 11) recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos y valorados por la red; 12) sistema de información integrado que vincula a todos los miembros de la red, con desglose de los datos por sexo, edad, lugar de residencia, origen étnico y otras variables pertinentes y 13) gestión basada en resultados. Asignación e incentivos: 14) financiamiento adecuado e incentivos financieros alineados con las metas de la red.

La revisión documental y los conocimientos adquiridos en el proceso permitieron concluir que en la ciudad de Medellín se adelantan esfuerzos para construir RISS lideradas por las EAPB que entiendan la necesidad de transferir el riesgo de salud, en mayor medida, a las IPS; este proceso ya se había realizado en el primer nivel a través de contratos por capitación, mientras el tercer nivel había sido ajeno a esta forma de contratación y hasta el 2014 solo existían los pagos por eventos. Nuevas formas de contratación, como el pago global prospectivo, facilitaron las condiciones para la construcción de modelos de riesgos compartidos entre las IPS y las EPS. En agosto de 2019 se da inicio a la primera red en la zona nororiental de la ciudad de Medellín; y en noviembre del mismo año aún se discute el mejor modelo de contratación y la manera equitativa de distribución de los excedentes de la red, lo que determina que en el momento de desarrollar esta investigación aún no se cuenta con resultados concluyentes del impacto de su implementación. Esta experiencia permite conocer los errores en la planeación y puesta en marcha de la red, y deja en claro que para futuras RISS se debe tener mayor certeza y estructura en los diferentes modelos de contratación de las instituciones que la constituyen.

Niveles de atención en salud

Es una forma ordenada y estratificada de organizar los recursos para satisfacer las necesidades de la población, que no pueden verse en términos de servicios prestados sino en el de los problemas de salud que se resuelven.

Se distinguen tres niveles de atención.

El primer nivel es el más cercano a la población, o sea, el nivel del primer contacto. Está dado, en consecuencia, como la organización de los recursos que permite resolver las necesidades de atención básicas y más frecuentes, que pueden ser resueltas por actividades de promoción de salud, prevención de la enfermedad y por procedimientos de recuperación y rehabilitación. Es la puerta de entrada al sistema de salud. Se caracteriza por contar con establecimientos de baja complejidad, como consultorios, policlínicas, centros de salud, etc. Se resuelven aproximadamente el 85% de los problemas prevalentes. Este nivel permite una adecuada accesibilidad a la población, pudiendo realizar una atención oportuna y eficaz. En el segundo nivel de atención se ubican los hospitales y establecimientos donde se prestan servicios relacionados a la atención en medicina interna, pediatría, ginecobstetricia, cirugía general y psiquiatría. Se estima que entre el primero y el segundo nivel se pueden resolver hasta el 95% de los problemas de salud de la población. El tercer nivel de atención se reserva para la atención de problemas poco prevalentes; se refiere a la atención de patologías complejas que requieren procedimientos especializados y de alta tecnología. Su ámbito de cobertura debe ser la totalidad de un país, o gran parte de él. En este nivel se resuelven aproximadamente el 5% de los problemas de salud que se planteen (Julio, Vacarezza, Álvarez y Sosa, 2011).

Niveles de complejidad

Villalba (1989) define la complejidad como el número de tareas diferenciadas o procedimientos complejos que comprenden la actividad de una unidad asistencial y el grado de desarrollo alcanzado por ella. Cada nivel de atención condiciona el nivel de complejidad que debe tener cada establecimiento. El grado de complejidad establece el tipo de recursos humanos, físicos y tecnológicos necesarios para el

cumplimiento de los objetivos de la unidad asistencial, sus servicios y organización. El primer nivel de complejidad se refiere a policlínicas, centros de salud, consultorios y otros, donde asisten profesionales como médicos familiares y comunitarios, pediatras, ginecólogos y médicos generales. En el segundo nivel se ubicarían, al igual que en el nivel de atención, a los hospitales con especialidades como medicina interna, pediatría, ginecología, cirugía general y psiquiatría.

Esta estratificación por niveles de complejidad permite que, bajo parámetros de racionalidad científica, se optimicen los recursos del sistema. El escalonamiento de la atención, de acuerdo con la complejidad de los casos clínicos, garantiza una relación de costo beneficio que otorga sostenibilidad financiera.

Niveles de prevención

La prevención se define como las “medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida” (Colimont, 1998).

Las actividades preventivas se pueden clasificar en tres niveles:

- Prevención primaria: son “medidas orientadas a evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud mediante el control de los factores causales y los factores predisponentes o condicionantes [...]. Las estrategias para la prevención primaria pueden estar dirigidas a prohibir o disminuir la exposición del individuo al factor nocivo, hasta niveles no dañinos para la salud. Medidas orientadas a evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud mediante el control de los factores causales y los factores predisponentes o condicionantes” (Colimont, 1998). El objetivo de las acciones de prevención primaria es disminuir la incidencia de la enfermedad. Por ejemplo: uso de condones para la prevención del VIH y otras enfermedades de transmisión sexual, donación de agujas a usuarios de drogas para la prevención del VIH y la hepatitis, programas educativos para enseñar cómo se trasmite y cómo

se previene el dengue, prohibición de la venta de bebidas alcohólicas a menores de edad, entre otras.

- Prevención secundaria: está destinada al diagnóstico temprano de la enfermedad incipiente (sin manifestaciones clínicas). Significa la búsqueda precoz de enfermedades en sujetos “aparentemente sanos”. Comprende acciones de diagnóstico rápido y tratamiento oportuno.

En la prevención secundaria, el diagnóstico temprano, la captación oportuna y el tratamiento adecuado, son esenciales para el control de la enfermedad. La captación temprana de los casos y el control periódico de la población afectada para evitar o retardar la aparición de las secuelas es fundamental. Lo ideal sería aplicar las medidas preventivas en la fase preclínica, cuando aún el daño al organismo no está tan avanzado y, por lo tanto, los síntomas no son aún aparentes. Esto es particularmente importante cuando se trata de enfermedades crónicas. Pretende reducir la prevalencia de la enfermedad (Colimont, 1998).

- Prevención terciaria: Colimont (1998) se refiere a acciones relativas a la recuperación *ad integrum* de la enfermedad clínicamente manifiesta, mediante un correcto diagnóstico y tratamiento y la rehabilitación física, psicológica y social en caso de invalidez o secuelas, lo que busca reducir de este modo las mismas. En la prevención terciaria son fundamentales el control y seguimiento del paciente, para aplicar el tratamiento y las medidas de rehabilitación oportunamente. Se trata de minimizar los sufrimientos causados al perder la salud, facilitar la adaptación de los pacientes a problemas incurables y contribuir a prevenir o a reducir, al máximo, las recidivas de la enfermedad.

En conclusión, la prevención como herramienta de control de costo, en todos sus niveles, debe determinar el enfoque de la RISS, y su impacto a largo plazo en los resultados de salud será fundamental en la sostenibilidad financiera de la red.

Atención en salud

Es el conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como las actividades, procedimientos e

intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población (Metrosalud, 2019).

En cuanto a la atención en salud, la RISS debe tener unos atributos de calidad que mejoren la percepción y la confianza de los usuarios en el marco de la red.

Red Integral de Servicios de Salud

Las RISS se definen como un conjunto de organizaciones y actores que ordenan, coordinan, promueven programas y servicios a una población de forma permanente (Pulgarin y Tabarquino, 2016).

Las RISS basadas en la Atención Primaria de Salud (APS) son una estrategia definida por el Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), que le recomienda (a partir del año 2009) a los países miembros la adopción de una RISS como estrategia para solucionar un problema creciente y de alto impacto en la región, que corresponde a la fragmentación y falta de continuidad en la prestación de los servicios de salud y que se origina en la forma en que se concibió originalmente la salud/enfermedad, pues bajo la concepción de la enfermedad como objeto de atención y no el usuario, su familia y sociedad como eje del quehacer médico, se crea una segmentación de la atención en función de la complejidad de la enfermedad (Organización Panamericana de la Salud, 2010).

Cuando se atienden patologías se requieren niveles de complejidad segmentados e independientes. En cambio, cuando se atiende al ser humano, de forma holística y entendiendo su entorno, se comprende que la prestación debe ser integral, continua y sin distinciones. Así las cosas, la visión reduccionista del paciente genera, a su vez, ineficiencias, sobrecostos e insatisfacción entre los usuarios.

Contratación en salud

En Colombia, la información disponible sobre las formas de pago o contratación en salud es limitada. Solo existe la legislación reglamentaria sobre las formas de pago a los médicos por parte de las instituciones y de estas a terceros. Antes de la reforma de 1993, y hasta hace poco, no existían análisis sobre las implicaciones de las diferentes formas de pago o contratación y cómo afectan la calidad, los costos o el uso de tecnología. Tal situación es idéntica para los sectores público y privado (Plaza, 2000).

La posibilidad de ofrecer servicios médicos por pago por caso es factible para casos puntuales en el país, pues no existen los sistemas de información adecuados sobre costos unitarios ni intervenciones o procedimientos estándares requeridos, lo que implica un alto riesgo de fracaso. En general, las formas de pago o contratación se utilizan por su sencillez administrativa o por tradición. Los honorarios son negociados entre las EPS, las IPS y los médicos, con algunas excepciones como los anestesiólogos, cardiólogos y otras especialidades minoritarias quienes forman monopolios e imponen sus propias tarifas. Cuando estos mismos trabajan en Empresas Sociales del Estado (ESE) se someten a grandes diferencias de pago, pues las tarifas se fijan de forma unilateral. No está claro si estas diferencias se deben a los costos, al tipo de población atendida, a la tecnología, a la calidad, a la cobertura o a la forma de contratación, o si existen otras variables más significativas, pues se sabe que las ESE tienen aproximadamente el 60% de la contratación total en el país e imponen sus propias tarifas para los servicios que presta y obviamente contrata.

Algunas IPS no están dispuestas o no son capaces de contratar con las EPS por varias razones: carecen de la capacidad administrativa para contratar con ellas o simplemente no entienden las implicaciones de la ley; además, muchos hospitales y especialistas claramente no quieren participar en la nueva reforma, de hecho, la sociedad científica ha sido muy enfática en su resistencia a la ley 100 y ha creado pequeños carteles de especialistas. Igualmente, las IPS no están de acuerdo con

las tarifas que ofrecen las EPS dadas las restricciones impuestas por la Unidad de Pago por Capitación (UPC) (Plaza, 2000).

En el proceso de investigación, de indagar los mecanismos de pago y contratación del régimen contributivo dentro del marco de seguridad social en Colombia, se encontró que, generalmente, las EPS están contratando los servicios de tercer nivel con hospitales que atienden gente menos pobre. En el primer nivel de atención contratan con instituciones privadas; hasta el momento no están contratando servicios con ESE, lo cual podría indicar que las instalaciones de las ESE tienen copada su capacidad. A la fecha, las ESE no han hecho la separación de financiación y provisión de servicios, lo que no contribuye con la creación de un mercado competitivo. En las siguientes secciones se analizan los resultados de las encuestas sobre las experiencias particulares que han tenido administrativos y directivos de IPS y EPS con las formas de pago adoptadas y el funcionamiento general del sistema.

Los modelos de contratación deben ser muy claros desde la construcción de la ficha técnica de la RISS, para garantizar el correcto funcionamiento de la misma y la distribución equitativa de los excedentes, en caso de que se den.

Actores sistema de salud

Según Castrillón (2010), los principales actores organizados del sistema son:

- Asociaciones de pacientes
- Asociaciones de usuarios
- Veedurías ciudadanas
- Academia Nacional de Medicina
- Asociaciones y sociedades científicas
- Academia/Universidades
- Centros de investigación o grupos de investigación vinculados a universidades

- Organizaciones del Sistema Nacional de Ciencia y Tecnología
- Entidades Promotoras de Salud y sus agremiaciones
- Instituciones Prestadoras de Salud y sus agremiaciones
- Organismos gubernamentales del sector salud del orden nacional, regional y local (Comisión de Regulación en Salud –CRES–, Superintendencia Nacional de Salud –SNS–, Direcciones Territoriales de Salud –DTS –, Instituto Nacional de Salud –INS–, Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos –INVIMA–, etc.)
- Organismos de la rama judicial del poder público (Corte Constitucional)
- Organismos No Gubernamentales
- Organismos internacionales (Organización Panamericana de la Salud –OPS–, Banco Interamericano de Desarrollo –BID–, Banco Mundial –BM–, etc.)
- Industria de tecnologías de la salud y sus agremiaciones (Asociación Nacional de Industriales –ANDI–, Cámara Sectorial de la Salud, de Proveedores de la Salud y de Industria Farmacéutica, Asociación de Laboratorios Farmacéuticos de Investigación y Desarrollo –AFIDRO–, etc.)

Modelo de atención en salud

Política de Atención Integral en Salud (PAIS)

Consiste en orientar el sistema hacia la generación de las mejores condiciones de la salud de la población mediante la regulación de las condiciones de intervención de los agentes hacia el “acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud”, para así garantizar el derecho a la salud de acuerdo con la ley estatutaria 1751 de 2015 (República de Colombia, 2015).

Esta política exige la interacción coordinada de las entidades territoriales a cargo de la gestión de la salud pública, los aseguradores y los prestadores de servicios. Dicha coordinación implica la implementación y seguimiento de los planes

territoriales de salud y los planes de desarrollo territoriales acordes con el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 y con los instrumentos derivados del Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016b).

Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS)

Es un modelo de aseguramiento y prestación de servicios de salud, diseñado para ser implementado, inicialmente, en el departamento de Guainía. Tiene un enfoque fundamentado en el principio de diversidad étnica y cultural y Atención Primaria en Salud (APS) con énfasis en el componente familiar y comunitario, así como en procesos que garanticen la articulación de los actores sociales y de los agentes del sistema de manera que se asegure efectivamente el acceso de la población a los servicios de salud. El modelo responde a los contenidos previstos en el Plan de Desarrollo de Salud Pública y en el Plan Territorial de Salud del departamento (Vice-Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2015).

Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS)

Estas rutas definen las condiciones necesarias para asegurar la integralidad en la atención por parte de los agentes del sistema de salud (territorio, asegurador, prestador) y de otros sectores. Ordenan la gestión intersectorial y sectorial como plataforma para la respuesta que da lugar a las atenciones/intervenciones en salud dirigidas a todas las personas, familias y comunidades a partir de: 1) acciones intersectoriales y sectoriales orientadas a promover el bienestar y el desarrollo de las personas, familias y comunidades; 2) atenciones individuales y colectivas para la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación y 3) acciones de cuidado que se esperan del individuo para el mantenimiento o recuperación de su salud.

El objetivo de las RIAS es garantizar la atención integral en salud a las personas, familias y comunidades a partir de intervenciones de valoración integral

de la salud, detección temprana, protección específica, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, paliación y educación para la salud, teniendo en cuenta el mejoramiento de la calidad en todo el continuo de atención, el logro de los resultados esperados en salud, la seguridad y aumento de la satisfacción del usuario y la optimización del uso de los recursos (Ministerio de Salud y Protección Social, s. f.b).

Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE)

Es el marco operacional de la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) y constituye el instrumento de gestión para mejorar las condiciones de salud de la población a través de acciones coordinadas entre los agentes del sistema de salud, agentes de otros sistemas y las comunidades, bajo el liderazgo del departamento o del distrito, que identifica prioridades y establece acciones que se operativizan a través de acuerdos interinstitucionales y comunitarios, con el acompañamiento y la facilitación del Ministerio de Salud.

Pretende propiciar el desarrollo de herramientas (planes, programas, proyectos, normas, documentos técnicos y ejecuciones concretas) en el marco de ocho líneas de acción. Una de estas líneas estipula las acciones a cargo de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) para garantizar la afiliación de la población, la gestión de riesgo financiero, la gestión integral del riesgo en salud, la representación del usuario y la interacción con los demás agentes del sistema, lo que asegura la Implementación del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (Jaimes, 2019).

Atención Primaria en Salud (APS)

Según la ley 1438 de 2011, es la estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la

rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad, a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios, sin perjuicio de las competencias legales de cada uno de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Es una estrategia que contempla tres componentes integrados e interdependientes: la acción intersectorial/transectorial por la salud, la participación social, comunitaria y ciudadana y los servicios de salud. Se ajusta al contexto político, económico y social del país (Ministerio de Salud y Protección Social, s. f.a).

Sistema obligatorio de garantía de la calidad

Según el Ministerio de Salud y Protección Social es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país. Está integrado por cuatro componentes: habilitación, auditoría, acreditación y el Sistema de Información para la Calidad en Salud.

Calidad de la atención en salud

Se entiende como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios (Organización Mundial de la Salud, s. f.).

Indicadores de calidad

Los indicadores son variables que intentan medir u objetivar, en forma cuantitativa o cualitativa, sucesos colectivos para poder respaldar acciones, evaluar

logros y metas. La OMS los ha definido como “variables que sirven para medir los cambios”. Los indicadores de salud y relacionados con la salud son utilizados, con frecuencia, en diversas combinaciones; se emplean en particular para evaluar la eficacia y los efectos. Un indicador ideal debe tener atribuciones científicas de validez (debe medir realmente lo que se supone debe medir), confiabilidad (mediciones repetidas por distintos observadores deben dar como resultado valores similares del mismo indicador), sensibilidad (ser capaz de captar los cambios) y especificidad (reflejar solo cambios ocurridos en una determinada situación) (Organización Mundial de la Salud, s. f.).

Los conceptos abordados para el desarrollo de la investigación, desde el modelo de atención en salud, tienen un enfoque eminentemente preventivo y de promoción de la salud; y bajo dicho enfoque se incluyen la prevención primaria y secundaria, que hace parte de la atención de patologías de baja complejidad pero de alta prevalencia. Se asume que cerca del 90% de los problemas de salud de la población deben ser resueltos en este nivel; por lo tanto, los costos asociados a este nivel de complejidad deberían ser proporcionalmente mayores que el tercer nivel. Sin embargo, la complejidad del sistema de salud colombiano, incluyendo los modelos de contratación y las particularidades de la ciudad de Medellín, afecta la distribución de los recursos de salud al punto de encontrar situaciones en las que el tercer nivel consume más del 80% de la UPC.

Las políticas nacionales que determinaron la formulación de los modelos y rutas integradas de atención en salud, coinciden con el enfoque preventivo y el amplio acceso que buscan las RISS, que no pueden ser ajenas a la realidad que vive la población de Colombia; por esta razón, el enfoque debe coincidir no solo con los objetivos establecidos en el MAITE, sino con una visión holística del proceso salud-enfermedad en el contexto de una población con comportamientos epidemiológicos de países desarrollados y subdesarrollados.

3. Objetivos

General

Caracterizar los parámetros y condiciones básicas de integración y articulación entre los distintos actores y niveles de una red integrada de servicios de salud en la ciudad de Medellín, a partir de la percepción de los actores que la componen.

Específicos

- Determinar las variables de información clínica que debe compartir la RISS en la ciudad de Medellín, para la adecuada atención de los usuarios en las diferentes IPS que la conforman.
- Identificar el modelo apropiado de contratación entre los distintos actores que configuran la RISS en el municipio de Medellín.
- Describir un modelo de atención de salud ajustado a las variables de información clínica y al modelo de contratación de una RISS en la ciudad de Medellín.

4. Método

Tipos de estudio

Para el propósito y análisis de la investigación, la descripción como enfoque permite conocer y describir situaciones, contextos y eventos en la dinámica entre los distintos actores y niveles de salud; la metodología responde a las técnicas que propicien los parámetros que se requieren para determinar un modelo apropiado para una RISS.

- Descriptivo: busca especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis. Para el propósito y alcance de la investigación, la descripción como enfoque permite conocer y describir situaciones, contextos y tipos de modelos. Por medio de este estudio se logra detallar las variables de información clínica y los actores que configuran la RISS.

- **Correlacional:** se utiliza para determinar si dos o más variables están relacionadas entre sí, indagar de qué manera los cambios de una variable influyen en los valores de otra variable. Este tipo de investigación tiene un valor explicativo que agrupa hechos o fenómenos y su finalidad en la investigación consiste en conocer la relación o grado de asociación entre los usuarios de las IPS. Concretamente, se requiere evaluar y analizar cuál es la necesidad de los usuarios y cómo se aborda desde las IPS y EPS, cuál es el grado de asociación y cómo una RISS logra minimizar las medidas de variación sin que se afecte el resultado final.

Para el desarrollo de la investigación se desarrolló la metodología mixta. Según Hernández (2014) representa un conjunto de procesos sistemáticos y críticos de investigación e implica la recolección y el análisis de datos cuantitativos y cualitativos, así como su integración y discusión conjunta para realizar inferencias, producto de toda la información recogida, y lograr un mayor entendimiento del fenómeno bajo estudio.

Tabla 1. Tipo de estudio

OBJETIVOS	MÉTODO	METODOLOGÍA
Objetivo general: caracterizar parámetros y condiciones entre distintos actores y niveles para una RISS	Correlacional	Cualitativa
Objetivo específico 1: determinar variables de información clínica	Descriptivo	Cuantitativa
Objetivo específico 2: identificar el modelo de contratación	Correlacional	Cualitativa
Objetivo específico 3:		

describir un modelo de atención de salud	Correlacional	Cualitativa
--	---------------	-------------

Fuente: elaboración propia.

Sujetos/participantes

Para el desarrollo de la investigación se tomó una muestra de sesenta usuarios de primero, segundo y tercer nivel ambulatorio de una EPS de la ciudad de Medellín; además, se realizó un ejercicio con un grupo focal de cargos directivos y administrativos, entre los que se encontraba: gerente y subgerente de IPS básica de primer y segundo nivel, director de gestión del riesgo, director de IPS, director médico de la parte hospitalaria de tercer nivel, director de IPS básica, coordinadores de IPS de primer nivel y médicos y enfermeras con posgrados administrativos.

Instrumentos

Dentro de las técnicas a implementar están las de uso individual o personal, y la de uso grupal o colectivo; además de otra desarrollada para el investigador.

Usuarios de la Entidad Promotora de Salud SURA

Encuestas: la encuesta presenta características básicas que recogen la información proporcionada verbalmente, o por escrito, de un informante mediante un cuestionario estructurado, utilizando muestras de población objeto de estudio (Alvira, 2011). Este instrumento se aborda por bloques temáticos: bloque de identidad, bloque de variables de información clínica, bloque de atención de usuarios y bloque de calidad en la atención.

Directivos y administrativos

Técnicas grupales: la técnica de grupos focales es un espacio de opinión para captar el sentir, pensar y vivir de los individuos, lo que provoca autoexplicaciones para obtener datos cualitativos. Kitzinger (1995) lo define como una forma de entrevista grupal que utiliza la comunicación entre el investigador y los participantes, con el propósito de obtener información. La entrevista al grupo focal tendrá como principal centro indagar sobre un modelo apropiado para los directivos en las entidades de salud, para la conformación de una Red Integrada de Atención en Salud; además, se realizó un cuadro de priorización para evaluar la importancia de las variables clínicas que deben compartir las IPS que pertenecen a una RISS.

Investigador

Observación participante: este instrumento permite la comunicación, observación e interacción entre profesionales e individuos. Es una herramienta para el desarrollo de un vínculo de confianza y del alcance de una asistencia eficaz (Fagundes, Magalhães, Campos, Alves, Ribeiro y Mendes, 2013). La práctica mixta es una posibilidad para los profesionales de salud; ya que cuando se adopta una perspectiva en que la persona es vista de manera holística se favorece la comprensión de vivencias.

Procedimiento

La presente investigación se realizó por medio de las siguientes fases:

- Fase uno: hace referencia al inicio de la investigación. En esta etapa se definió el problema de investigación y el desarrollo de las categorías de análisis. También se llevó a cabo la búsqueda del material bibliográfico mediante el cual se indagaron los antecedentes de estudio y los trabajos realizados alrededor del tema, la elección de referentes conceptuales, se

formalizaron los objetivos y se definió el método a implementar. Luego se realizó el diseño de las herramientas de recolección de información.

- Fase dos: en esta se da la aplicación de las técnicas e instrumentos de recolección de información descritas en la metodología. El orden y la disposición de dichos instrumentos dependerá de la dinámica que se observe durante el proceso investigativo. En esta fase también se establecen los instrumentos para la sistematización de la información y el seguimiento al proceso investigativo, de manera que se puedan consolidar los resultados para su posterior análisis, lo que permitirá enriquecer las categorías previamente definidas e identificar si emergen otras nuevas al escuchar a los usuarios y directivos, teniendo en cuenta lo que se observe en el trabajo de campo.
- Fase tres: una vez sistematizada y categorizada la información recolectada se realizará el análisis, para lo cual se toma como referencia el problema de investigación; de esta manera, se logrará vislumbrar el alcance descriptivo y correlacional de la investigación.

5. Análisis de los resultados

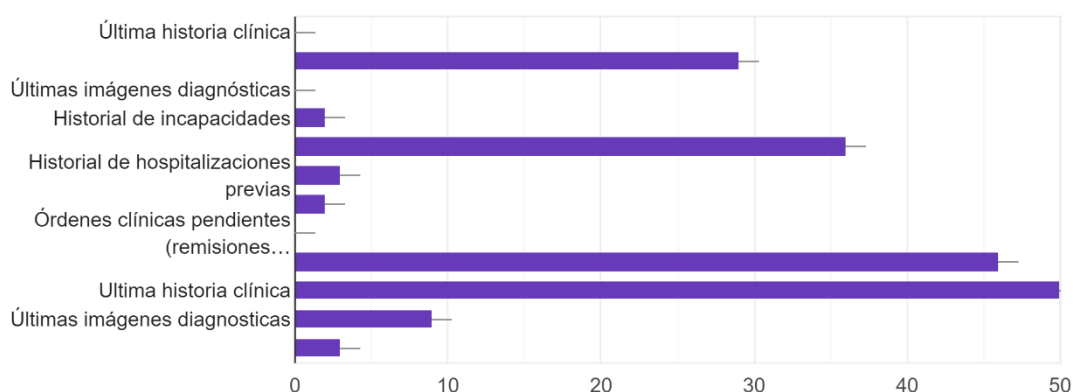
Variables clínicas de información

Son útiles para establecer las variables clínicas mínimas necesarias que deben compartirse al interior de las RISS y que puedan garantizar una adecuada atención de los usuarios. Los resultados arrojados por las entrevistas a los usuarios reflejan la perspectiva de los pacientes al interior de una RISS, expresando las fortalezas y preocupaciones que tienen con relación a las IPS donde son atendidos. Los encuestados le dan gran importancia a la última historia clínica. Un 83,3% de los encuestados consideran esta variable como la más relevante en el marco de una atención clínica nueva, lo que es equivalente a suponer que en una RISS es importante conocer la última atención clínica, que facilitaría la toma de decisiones y beneficiaría el resultado clínico.

Al momento de realizar el análisis detallado de las respuestas a las encuestas llama la atención el alto porcentaje de usuarios que consideran que es importante que los medicamentos que toman actualmente sea una información relevante para compartir con la IPS, lo que deja en evidencia la baja alfabetización en salud que tienen los usuarios, puesto que no saben cuáles medicamentos toman, por lo que consideran necesario que el médico tratante tenga este tipo de datos.

Los resultados obtenidos se muestran en la figura 1.

Figura 1. Variables clínicas - perspectiva usuarios



Fuente: elaboración propia.

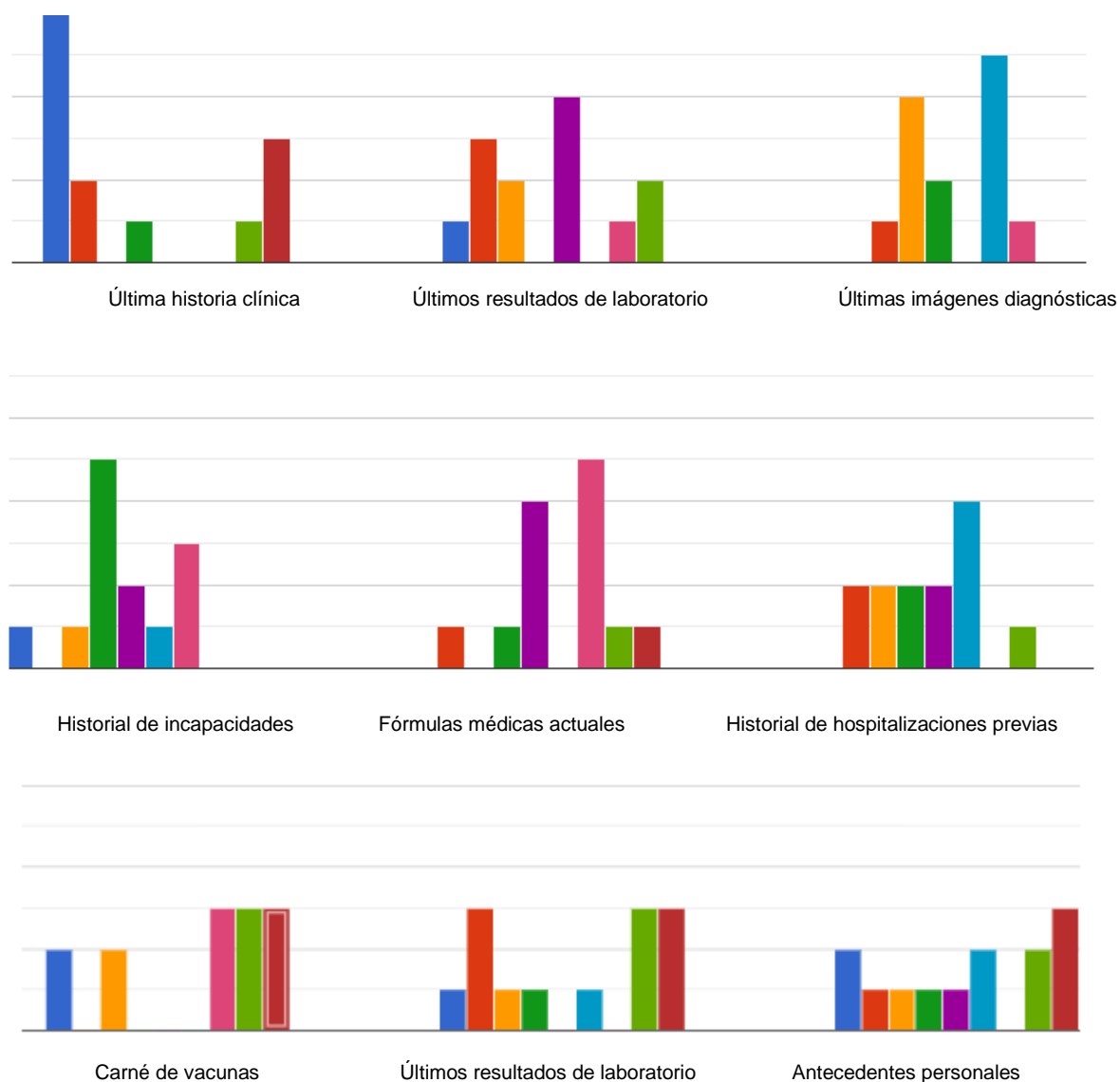
Para contrastar la perspectiva de los usuarios se realizó una matriz de priorización con el grupo focal de los directivos y administradores de los diferentes niveles de atención, en la búsqueda de determinar la importancia de las distintas variables clínicas que se deben compartir entre las IPS en una RISS. Desde el análisis general de la encuesta se determinó que la última historia clínica fue ubicada en primer lugar de relevancia, los últimos resultados de laboratorio en quinto lugar, las últimas ayudas diagnósticas y el historial de hospitalización comparten el sexto lugar, el historial de incapacidades en el cuarto, las fórmulas médicas en el séptimo, el carné de vacunas en octavo y las órdenes clínicas pendientes varían entre el segundo y séptimo puesto; finalmente, la variable de antecedentes personales fue ubicada por la mayoría en el último lugar de

relevancia, lo cual se interpreta como la necesidad de los médicos de indagar por esta variable.

Analizando estos resultados, se encontró que el 50% de los encuestados consideró la última historia clínica como la variable más importante para la RISS, lo cual coincide con los resultados de los usuarios y determinan el punto de partida para la construcción de los flujos de información al interior de la misma. Los últimos resultados de laboratorio y las órdenes clínicas pendientes fueron considerados por el 25% de los encuestados como la segunda variable más importante, lo cual habla de un interés particular de los directivos por mantener la eficiencia y disminuir los reprocesos que le generan costos innecesarios al sistema. Las últimas imágenes diagnósticas fueron consideradas por el 33% como la tercera variable de importancia. El 41,66% de los encuestados determinó que la cuarta variable es el historial de incapacidades, lo cual refleja la preocupación de los directivos por controlar la pertinencia en la generación de incapacidades, disminuir el ausentismo laboral, reintegrar rápidamente a los pacientes y cerrar la brecha entre el fondo de incapacidades y lo generado. El 33% de los encuestados ubicó las fórmulas médicas como la quinta variable en importancia, lo cual difiere con los resultados de la encuesta de los usuarios que ubicaron esta variable en el tercer lugar. Es evidente que la asimetría del conocimiento entre estos dos actores es el factor diferencial durante el acto médico, pues el profesional de salud, por lo general, asume que el paciente conoce su tratamiento, sin percatarse que la falta de alfabetización en salud ubica al usuario en una posición pasiva frente al acto, y es una dificultad relevante para el paciente.

La priorización descrita por el grupo focal está representada de la siguiente manera (figura 2):

Figura 2. Variables clínicas - perspectiva directivos y administradores



Fuente: elaboración propia.

Conocer los diferentes puntos de vista sobre las variables clínicas más relevantes a compartir entre las IPS de una RISS permite determinar que, para dar una adecuada atención a los usuarios, los integrantes de la red deben estructurar un proceso claro y efectivo de comunicación en donde sea vital la información clínica de los pacientes.

Modelo de contratación de una Red Integrada de Servicio de Salud

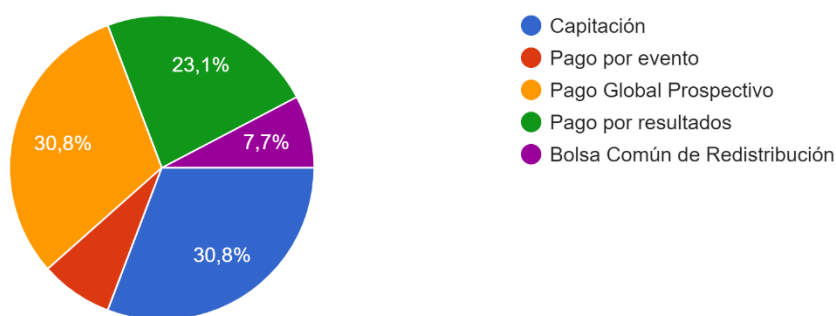
Para identificar el modelo de contratación entre los actores que configuren la RISS en Medellín, se encuestaron usuarios y directivos para conocer diferentes posiciones al respecto.

Las personas encuestadas manifiestan diversas opiniones acerca de los modelos de contratación para una RISS, siendo considerados como ideales el pago global prospectivo y la capitación, con el 30,8% cada uno; sin embargo, el 23,1% consideran que el pago por resultados sería otra opción para el modelo de contratación. Cabe resaltar que el pago por evento no es considerado por ninguno de los encuestados.

Los resultados obtenidos reflejan lo percibido en los diferentes niveles de atención y evidencian la preocupación de las instituciones por tener un tipo de contrato que garantice los ingresos mensuales y el flujo de caja permanente.

Lo expuesto por los directivos y administradores se evidencia en la figura 3.

Figura 3. Modelo de contratación RISS - visión general



Fuente: elaboración propia.

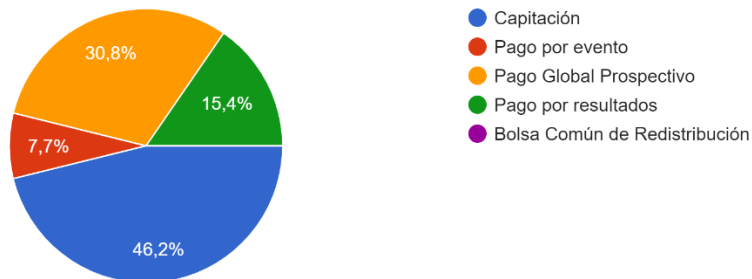
Una vez conocida la expectativa del modelo de contratación, se indagó si había alguna diferencia en la percepción desde los diferentes niveles de complejidad, y se encontró que los encuestados consideran que la forma apropiada

de pago para las IPS de primer y segundo nivel es la captación, con un 46,2% del total de las encuestas.

El modelo de capitación transfiere el riesgo de la EPS al primer nivel de la RISS, lo que exige un control del costo y mayor eficiencia administrativa.

De esto se podría deducir que un ingreso fijo mensual, según el número de usuarios pertenecientes a la RISS, genera una tranquilidad de cubrir los costos fijos e impulsa a gestionar el riesgo de una manera exhaustiva, lo que garantiza un menor porcentaje de siniestralidad y un margen de ganancia aceptable. A continuación, se expone el producto de la pregunta enfocada al primer y segundo nivel (figura 4).

Figura 4. Modelo de contratación RISS - primer y segundo nivel



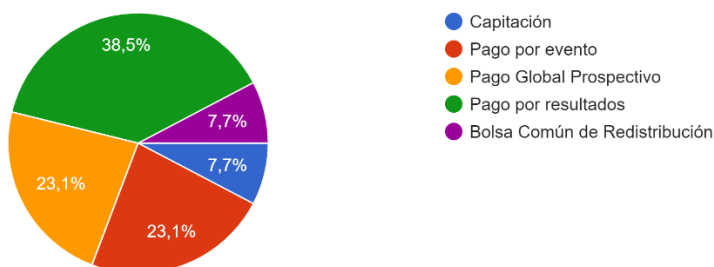
Fuente: elaboración propia.

De igual manera, se examinó la opinión desde el tercer y cuarto nivel, lo cual permite deducir que el pago apropiado para estas IPS de nivel hospitalario, tales como la capitación y la bolsa común de redistribución, no son viables, puesto que la encuesta refleja un 7,7% para ambas formas de pago. Las opciones de pago por evento y el pago global prospectivo reflejan que el 23,1% de los encuestados consideran que esta es la forma apropiada de pago. La muestra más representativa para el nivel hospitalario es el pago por resultados con un 38,5%.

Lo anterior deja en evidencia que las instituciones de alta complejidad deben trabajar en el mejor desenlace clínico que permita la medición por resultados y la disminución en el costo de la prestación.

A continuación, se expone la figura para el modelo de contratación de tercer y cuarto nivel (figura 5).

Figura 5. Modelo de contratación RISS - tercer y cuarto nivel

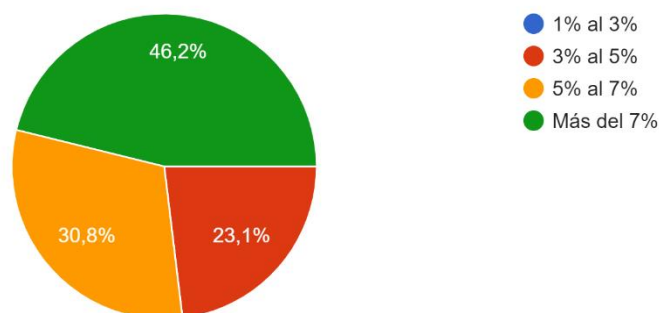


Fuente: elaboración propia.

Uno de los indicadores más relevantes a intervenir con el modelo de las RISS es reducir la siniestralidad, por lo cual se abordó a los directivos y administradores para conocer su opinión acerca de la viabilidad de conseguir este objetivo. El 46,2% considera que la siniestralidad global de la población que se vincule a una RISS puede reducirse más del 7%. La reducción a la siniestralidad a niveles superiores del 7% habla de las altas expectativas que tienen los directivos en las RISS, esto lleva a un ambiente de confianza de que las RISS son la estrategia adecuada para darle viabilidad financiera al sistema.

Se expone la figura con los resultados (figura 6).

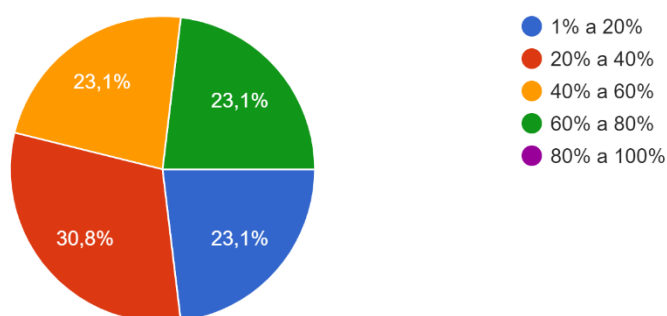
Figura 6. Expectativa reducción siniestralidad



Fuente: elaboración propia.

Al cuestionar al grupo focal, sobre el porcentaje que se debería transferir a las IPS con la reducción de la siniestralidad, se encuentran tres opciones con el 23,1% como respuesta. El porcentaje que más consideran que se debería transferir a las IPS es del 20% al 40%, con una reacción del 30,8%. La alta diversidad de respuestas en esta pregunta lleva a pensar que al momento de la construcción de la RISS este será un punto de debate álgido entre las IPS y la EPS, lo cual requerirá de discusiones de alto nivel técnico que logren llegar a un consenso. Estas diversas opiniones demuestran que la percepción de los directivos, frente a la forma de distribuir los excedentes de la operación, está basada en apreciaciones subjetivas más que técnicas. Para mayor comprensión se presenta la figura 7.

Figura 7. Porcentaje de redistribución de beneficios

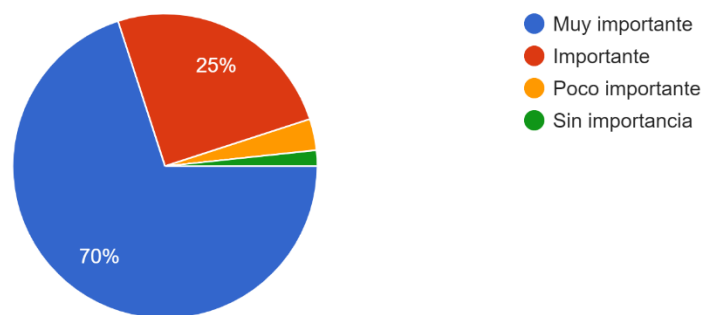


Fuente: elaboración propia.

Dentro de la construcción del modelo de contratación de las RISS una variable importante es la ubicación de las IPS respecto a la población asignada, por lo cual se consultó a los usuarios al respecto; estos coincidieron, en un 70%, que es muy importante vivir cerca del centro de atención, lo que significa que la georreferenciación al momento de la construcción de la RISS debe ser una variable a tener en cuenta, y se respalda la tendencia actual de las IPS de descentralizarse hacia la periferia de la ciudad.

En la figura 8 se representa lo descrito anteriormente.

Figura 8. Importancia de georreferenciación en una RISS



Fuente: elaboración propia.

La percepción que los usuarios tienen sobre la cercanía de sus IPS de consulta determina la necesidad de establecer RISS basadas en un modelo de georreferenciación; para esta labor es necesario involucrar a la EPS y las diferentes IPS de distintos niveles de atención que, respetando los principios de contratación indagados anteriormente, respondan a esta necesidad de los pacientes.

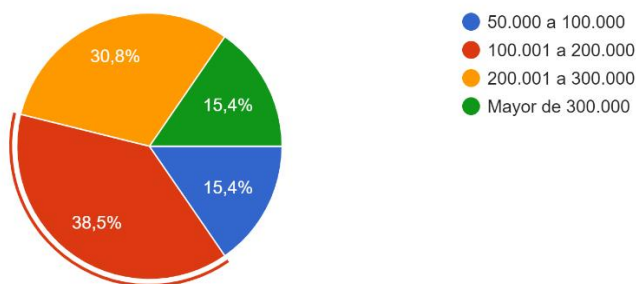
Modelo de atención para una Red Integrada de Servicio de Salud

Con base en las respuestas de los encuestados, se determina que la cantidad ideal de usuarios para la mayoría de directivos es entre 100.001 y 200.000, lo cual

evidencia la preocupación por mantener una población controlada, lo cual permite generar un impacto real y mantener los indicadores establecidos por la RISS. Así mismo, se determina que la cantidad ideal de IPS que deberían conformar una RISS es entre dos y cinco. De lo anterior se infiere que un número de IPS reducido permite tener una comunicación adecuada y oportuna, garantizando desenlaces de salud favorables y un mejor flujo del paciente dentro de la RISS.

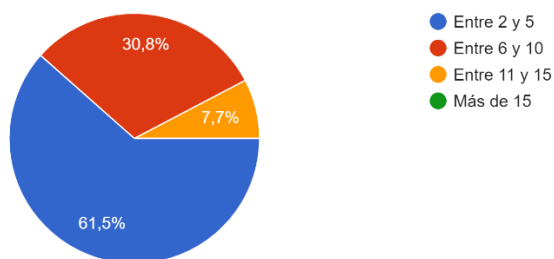
A continuación, se anexan las figuras correspondientes a la población adecuada para una RISS y el número apropiado de IPS para una RISS.

Figura 9. Número de población adecuada para una RISS



Fuente: elaboración propia.

Figura 10. El número apropiado de IPS para una RISS



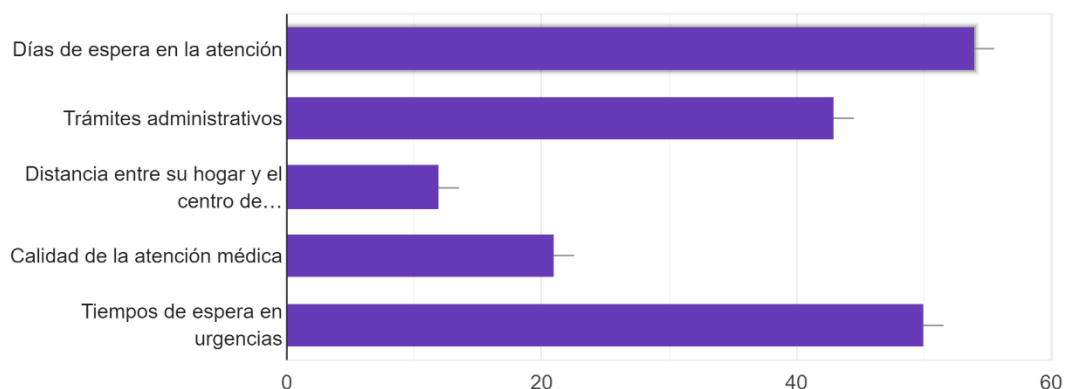
Fuente: elaboración propia.

Con el fin de continuar la descripción del modelo de atención, se indagó con los usuarios sobre los atributos de calidad asociados a una percepción positiva de

la atención, encontrando que el 90% de la muestra de los usuarios encuestados considera la oportunidad en la atención como un atributo de calidad crítico y una barrera de acceso; nuevamente el desconocimiento de los estándares de calidad nacionales e internacionales de calidad, en la mayoría de estos casos, son la causa de la queja.

Los tiempos de espera en urgencias son considerados por el 83,3% como un inconveniente en el sistema de salud; el alto flujo de pacientes en urgencias es un reflejo de la falta de oportunidad en las IPS básicas, donde deberían ser resueltos hasta el 90% de los casos. Las RISS necesitan responder a esta situación compartiendo la responsabilidad y garantizando el acceso del paciente en el nivel que le corresponda.

Figura 11. Dificultades del modelo de atención actual



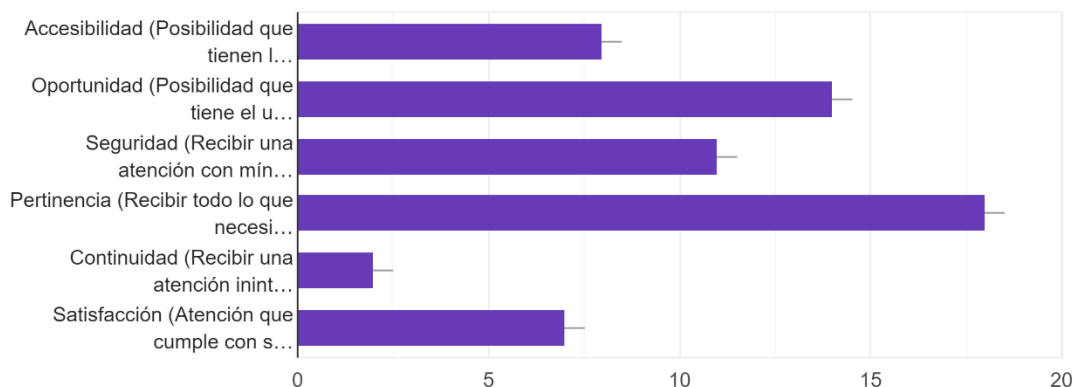
Fuente: elaboración propia.

Uno de los objetivos de la RISS es disminuir las barreras administrativas y permitir el flujo transparente del paciente entre todos los niveles. La encuesta determinó que el 71,7% de los usuarios considera inconveniente la alta carga de trámites administrativos actuales.

Dentro de los atributos de calidad, la pertinencia es considerada la más importante por parte de los usuarios, lo cual va en sintonía con los intereses de las IPS que buscan la sostenibilidad financiera a través de modelos de auditoría en todos los niveles de atención.

La figura 12 muestra las respuestas de los usuarios a los atributos de calidad.

Figura 12. Atributos de calidad durante la atención



Fuente: elaboración propia.

El modelo ideal descrito por los directivos limita a la RISS en cinco IPS y no más de doscientos mil usuarios asociados, los cuales deberán cumplir con la condición de georreferenciación. Esta RISS deberá cumplir con atributos de calidad, como la pertinencia, que fue un factor común para ambos grupos focales.

6. Conclusiones

Las variables clínicas de mayor relevancia para los diferentes actores que intervienen en la RISS están basadas en las percepciones que usuarios y directivos tienen del correcto devenir de una atención médica de calidad bajo el principio de seguridad y eficiencia administrativa. La revisión bibliográfica, los resultados de los instrumentos y el análisis llevan a concluir que el registro de la última atención clínica representa el fundamento de toda atención y, por lo tanto, deberá considerarse como la información mínima requerida con la que se debe contar en cualquier punto de contacto del usuario con una IPS o EPS de la RISS. Los mecanismos con los cuales se cuenta para facilitar este flujo de información solo se enuncian pues no son el objetivo central de esta investigación. Los antecedentes personales son de importancia para los usuarios, no son priorizados por el personal médico pues estos

últimos consideran que todo acto médico requiere conocer de primera mano los antecedentes personales de los pacientes y en muchos casos pasan por alto lo descrito por otros. Con esto no se sugiere que haya menores niveles de confianza entre los profesionales de salud, pero sí se demuestra una asimetría del conocimiento entre paciente y médico. El primero define los antecedentes como un punto de inflexión en la atención, mientras que el segundo le da mayor importancia a variables más objetivas como las ayudas diagnósticas.

Los resultados de laboratorio y de imágenes representan para los directivos una oportunidad de reducir los costos en la prestación y generan menor riesgo de sobreexponer al paciente a procedimientos en ocasiones invasivos y de alto costo. En ese mismo camino reconocen las órdenes pendientes como la posibilidad de identificar el enfoque médico previo y las variables administrativas que podrían influir en el resultado final. Para el usuario, los medicamentos, al igual que sus antecedentes, le permiten delegar en el médico y el sistema la responsabilidad de autoconocimiento, y aunque los directivos no lo consideran tan importante resultan siendo una invitación a reflexionar sobre la alfabetización en salud como estrategia de optimización de recursos y seguridad del paciente.

Se concluye que más allá de los mecanismos, las variables clínicas que sin lugar a duda deben compartir todas las IPS pertenecientes a una RISS son en su orden la última historia clínica y las ayudas diagnósticas.

Luego de analizar los resultados de las encuestas y revisar la experiencia de otras ciudades, sumado al conocimiento en los procesos de contratación local, se concluye que el modelo de contratación al interior de la RISS debe ser mixto, incluyendo formatos de capitación y por resultados. Se aclara que estos contratos deben definirse por niveles de complejidad y basados en resultados de salud, económicos y de experiencia del usuario. Para el primer y segundo nivel ambulatorio el modelo de capitación sigue siendo la mejor alternativa de contratación, y aunque la red debe ser un instrumento de transferencia del riesgo global de la EPS, que disminuya la siniestralidad, los contenidos de la cápita y el valor de la misma deben ser inmodificables. No sucede lo mismo con el segundo y tercer nivel ambulatorio,

quienes deberán asumir un riesgo con el que no están familiarizados. El modelo de pago global prospectivo ha demostrado una disminución del costo general para la EPS pero no ha incentivado un aumento real en la calidad de la prestación o en los resultados de salud, por lo anterior, esta investigación permite concluir que el pago por resultados, entendido como una estrategia de mitigación del riesgo, exige un compromiso del tercer nivel por restringir el acceso de lo no pertinente, comprometerse en bloque con el fortalecimiento del segundo nivel hospitalario, un ajuste tarifario y un trabajo en equipo con el primer nivel en relación a la prevención secundaria y terciaria. Los contratos en este modelo deben considerar la formulación de indicadores de desempeño o de resultado clínico que puedan ser fácilmente medibles, extrapolables a todas las RISS y en consonancia con la cuádruple meta.

El modelo de atención en salud que se propone en esta investigación contempla la integración de máximo cinco IPS, con un grupo poblacional georreferenciado de no más de doscientos mil usuarios liderados por una EPS que se trace una meta de reducción de la siniestralidad por encima del 7% y que, en conjunto con las IPS pertenecientes, establezca la forma de redistribuir los excedentes de la operación. Estas IPS no tendrán una sola razón social, por el contrario, tendrán modelos de contratación definidos por niveles de complejidad, pero con unos recursos compartidos que requerirán una administración independiente que definirá los indicadores de desempeño y la proporción de repartición de los recursos. Esta administración no dependerá de la EPS, pero será el único interlocutor con la aseguradora. De esta forma, los costos asociados a la administración y derivados de la optimización en el flujo de los pacientes, que en últimas garantiza la continuidad de la atención y evita barreras de acceso, pueden ser asumidos por la bolsa común de desempeño. La RISS deberá evitar cualquier reproceso o barrera de acceso, por lo tanto, deberá compartir las variables clínicas enunciadas anteriormente a través de mecanismos como historia clínica digital o un centro de recursos compartidos. Se sugiere entonces que al interior de las RISS se construyan centros de servicios compartidos, que administren el flujo de información y de pacientes al interior de la red. Estos centros también podrán redistribuir el

presupuesto de acuerdo con las necesidades puntuales de las IPS, y rendirán informes de desempeño que servirán de insumo para que la administración de las redes distribuya los excedentes.

Gracias a lo anterior, se concluye que el usuario pasará de forma transparente entre todos los niveles de atención sin perjuicio de demoras o trámites que afecten la continuidad en la prestación. Este modelo de atención deberá incluir todos los niveles de prevención e involucrará a todos los actores de la RISS, pues la intensidad en la gestión del riesgo en salud determinará los resultados finales y por ende la distribución de los excedentes.

7. Referencias

Alcaldía de Medellín (2012). Salud en el hogar, un programa para las familias más desprotegidas. Recuperado de www.metrosalud.gov.co

Alcaldía de Medellín (2016). Medellín cómo vamos. Recuperado de <https://www.medellincomovamos.org/la-ciudad/>

Alvira, M. F. (2011). *La encuesta: una perspectiva general metodológica*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas. Recuperado de https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=GbZ5JO-loDEC&oi=fnd&pg=PA1&dq=encuesta&ots=TTn8FL3i7_&sig=1J5-ZWIpRd2aTtDiDEdS7fRb8rg#v=onepage&q=encuesta&f=false

Castrillón, C. J. (2010). Manual para la participación de los actores del sistema general de seguridad social en salud en el desarrollo de las guías de atención integral. Recuperado de <http://gpc.minsalud.gov.co/Documents/MANUAL%20DE%20PARTICIPACION%20C3%93N%20-GAI.pdf>

CEPAL (2015). *La Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible: una oportunidad para América Latina y el Caribe. Objetivos, metas e indicadores*

mundiales. Recuperado de <https://www.cepal.org/es/publicaciones/40155-la-agenda-2030-objetivos-desarrollo-sostenible-oportunidad-america-latina-caribe>

Colimont, K. (1998). Niveles de prevención. Recuperado de <https://issuu.com/viejo03/docs/nameb7c044>

Departamento Administrativo Nacional de estadística (DANE) (2018). Territorial Medellín. Recuperado de <https://www.dane.gov.co/index.php/servicios-al-ciudadano/88-espanol/territorial-medellin>

Fagundes, D. K., Magalhães, A., Campos, C. D., Alves, C., Ribeiro, P. y Mendes, M. (2013). Hablando de la observación participante en la investigación cualitativa en el proceso de salud-enfermedad. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/index/v23n1-2/metodologia1.pdf>

Franco, M., Kennelly, J., Cooper, R. S. y Ordúñez, P. (2007). La salud en Cuba y los objetivos de desarrollo del milenio. *Revista Panamericana de Salud Pública*. Recuperado de <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2007.v21n4/239-250/es>

Gaviria, A. (2016). No se puede seguir gastando más de lo que se tiene: Gaviria. Recuperado de <https://www.dinero.com/edicion-impresa/caratula/articulo/entrevista-de-dinero-al-ministro-de-salud-alejandro-gaviria/223565>

Hernández, S. R. (2014). *Metodología de la investigación*. México: Mc Graw-Hill / Interamericana Editores, S.A. de CV.

Jaimes, C. (2019). Adiós MIAS, bienvenido MAITE. Recuperado de <https://consultorsalud.com/adios-mias-bienvenido-maite/>

Julio, V., Vacarezza, M., Álvarez, C. y Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Archivos de Medicina Interna*, 33(1). Recuperado de http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-423X2011000100003&script=sci_arttext

Kitzinger, J. (1995). Qualitative research: introducing focus group. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2550365/pdf/bmj00603-0031.pdf>

Metrosalud (2019). Glosario. Recuperado de <http://www.metrosalud.gov.co/transparencia/glosario>

Ministro de Salud de las Américas en la Ciudad de Panamá (2007). Agenda de la Salud para las Americas 2008-2017. Recuperado de http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Agenda_Salud_para_las_Americas_2008-2017.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social (s. f.a). Atención primaria en salud. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/Atencion-primaria-en-salud.aspx>

Ministerio de Salud y Protección Social (s. f.b). Rutas Integrales de Atención en Salud - RIAS. Recuperado de [minsalud.gov.co/: https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/ssr/Paginas/Rutas-integrales-de-atencion-en-salud-RIAS.aspx](https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/ssr/Paginas/Rutas-integrales-de-atencion-en-salud-RIAS.aspx)

Ministro de Salud y Protección Social (2014). Resolución número 00002003. Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%202003%20de%202014.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social (2016a). Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS). Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/salud/PServicios/Paginas/sistema-obligatorio-garantia-calidad-SOGC.aspx>

Ministerio de Salud y Protección Social (2016b). Política de atención integral en salud “Un sistema de salud al servicio de la gente”. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social (2019). Cifras de aseguramiento en salud. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/cifras-aseguramiento-salud.aspx>

Organización Mundial de la Salud (OMS) (s. f.). Calidad en salud. Recuperado de [https://www.who.int/bulletin/volumes/96/12/18-226266/es/Organización Mundial de la Salud \(OMS\) \(2008\). La atención primaria de salud. Más necesaria que nunca. Recuperado de https://www.who.int/whr/2008/08_overview_es.pdf?ua=1](https://www.who.int/bulletin/volumes/96/12/18-226266/es/OrganizaciónMundialde%20la%20Salud%20(OMS)%20(2008).%20La%20atención%20primaria%20de%20salud.%20Más%20necesaria%20que%20nunca.%20Recuperado%20dehttps://www.who.int/whr/2008/08_overview_es.pdf?ua=1)

Organización Panamericana de la Salud (2010). Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. Recuperado de https://www.paho.org/uru/index.php?option=com_docman&view=download&alias=145-redes-integradas-de-servicios-de-salud-aps-n4&category_slug=publicaciones-sistemas-y-servicios-de-salud&Itemid=307

Organización Panamericana de Salud - Organización Mundial de la Salud (2009). Redes integradas de servicios de salud basadas en la atención primaria de salud. Recuperado de <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49-16-s.pdf>

Pan American Health Organization (2012). Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. Declaración de ALMA-ALTA. Recuperado de <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>

Plaza, B. (2000). *Mecanismos de pago y contratación del régimen contributivo dentro del marco de seguridad social en Colombia*. Santiago de Chile: Salesianos S. A. Recuperado de https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/1603/S614794T572V2_12_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Primary health care, including health system strengthening (2009). Recuperado de https://www.who.int/hrh/resources/A62_12_EN.pdf
- Pulgarin, H. D. y Tabarquino, M. R. (2016). Análisis del diseño de una Red Integrada del Servicio de Salud. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/seec/v19n40/2248-4345-seec-19-40-00175.pdf>
- Quiroga, M. R. (2007). Indicadores ambientales y de desarrollo sostenible: avances y perspectivas para América Latina y el Caribe. Recuperado de https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/5498/1/S0700589_es.pdf
- República de Colombia (2015). Ley estatutaria 1751. Recuperado de http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1751_2015.html
- Rosas, P. M., Narciso, Z. V. y Cuba, F. M. (2013). Atributos de la Atención Primaria de Salud (APS): una visión desde la medicina. Recuperado de <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v30n1/a08v30n1.pdf>
- Vice-Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (2015). Modelo Integral de Atención en Salud – MIAS. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PSA/anexo-4-documento-mias.pdf>
- Villalba, N. M. (1989). Tipos de establecimientos de atención médica del MSP. Niveles de complejidad. Recuperado de http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-423X2011000100003&script=sci_arttext#5

8. Anexos

Anexo 1. Modelo de encuesta realizada a los directivos y administrativos

Encuesta Red Integrada de Servicios de Salud (RISS)

Estamos realizando una investigación académica con el objetivo de caracterizar las condiciones básicas de integración y articulación entre los distintos actores y niveles de una Red Integrada de Servicios de Salud en la ciudad de Medellín.

1. ¿Cuál es el número máximo de población que debe tener una RISS?

	50.000	a
	100.000	
	100.001	a
	200.000	
	200.001	a
	300.000	
	Mayor	de
	300.000	

2. ¿Cuál considera que es el rango apropiado de IPS para una RISS?

	Entre 2 y 5
	Entre 6 y 10
	Entre 11 y 15
	Más de 15

3. ¿Qué modelos de contratación debería contemplar una RISS?

Marque las que considere necesarias.

	Capacitación
	Pago por evento
	Pago global prospectivo
	Pago por resultados
	Bolsa común de redistribución

4. ¿Cuál es la forma de pago que considera apropiada para las IPS de primer y segundo nivel ambulatorio?

	Capitación
	Pago por evento
	Pago global prospectivo
	Pago por resultados
	Bolsa común de redistribución

5. ¿Cuál es la forma de pago que considera apropiada para las IPS de tercer y cuarto nivel hospitalario?

	Capitación
	Pago por evento

	Pago global prospectivo
	Pago por resultados
	Bolsa común de redistribución

6. ¿Cuánto esperaría para que se redujera la siniestralidad global de la población afiliada a una RISS?

	1% al 3%
	3% al 5%
	5% al 7%
	Más del 7%

7. Del beneficio que obtiene la EPS con la implementación de la RISS (reducción de siniestralidad), ¿qué porcentaje considera que debería transferirse a las IPS que conforman las RISS?

	1% a 20%
	20% a 40%
	40% a 60%
	60% a 80%
	80% a 100%

8. ¿Quién debería liderar la conformación de una RISS?

	IPS
	EPS
	IPS y EPS
	Ente territorial

9. ¿Cómo describiría el modelo ideal de atención para una RISS en la ciudad de Medellín?

Anexo 2. Modelo de encuesta realizada a los usuarios de las IPS

Encuesta usuarios IPS

Estamos realizando una investigación académica con el objetivo de caracterizar las condiciones básicas de integración y articulación entre los distintos actores y niveles de una Red Integrada de Servicios de Salud en la ciudad de Medellín.

Nombre: _____

Edad: 18 a 26 ___ 27 a 59 ___ Mayor de 60

Sexo: F ___ M___

Nivel educativo: Educación inicial___ Educación básica___ Educación superior

1. ¿Ha escuchado hablar sobre una Red Integrada de Atención en Salud?

Sí	
No	

2. Seleccione las tres variables clínicas más importantes con las que debería contar un médico que nunca antes lo ha atendido

Última historia clínica	
Últimos resultados de laboratorio	
Últimas imágenes diagnósticas	
Historial de incapacidades	
Medicamentos que toma actualmente	
Historial de hospitalizaciones previas	

Carné de vacunas	
Ordenes clínicas pendientes (remisiones, ayudas diagnósticas, procedimientos)	
Antecedentes personales (enfermedades previas, cirugías, medicamentos, alergias, embarazos previos)	

3. ¿Cuáles cree que son los mayores inconvenientes al momento de solicitar o recibir una atención médica? Seleccione tres.

Días de espera en la atención	
Trámites administrativos	
Distancia entre su hogar y el centro de atención	
Calidad de la atención médica	
Tiempos de espera en urgencias	

4. ¿Qué tan importante es vivir cerca de su IPS básica u hospital?

Muy importante	
Importante	
Poco importante	
Sin importancia	

5. ¿Cuáles son los atributos de calidad que considera más importantes durante su atención?

Accesibilidad (posibilidad que tienen los usuarios para utilizar los servicios de salud)	
Oportunidad (posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o salud)	
Seguridad (recibir una atención con mínimos riesgos de sufrir un evento adverso)	
Pertinencia (recibir todo lo que necesita, cuando lo necesita)	
Continuidad (recibir una atención ininterrumpida y secuencial)	
Satisfacción (atención que cumple con sus expectativas)	

Matriz de priorización dirigida a directivos y administradores de IPS

Determine, en orden de importancia, las siguientes variables clínicas que considera deben compartir las IPS pertenecientes a una RISS.

	1	2	3	4	5	6	7	8
Última atención clínica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Últimos resultados de laboratorio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Últimas imágenes diagnósticas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Historial de incapacidades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fórmulas médicas actuales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Historial de hospitalizaciones previas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Carné de vacunas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Órdenes clínicas pendientes (remisiones, ayudas diagnósticas, procedimientos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antecedentes personales (patológicos, quirúrgicos, farmacológicos, tóxicos, alérgicos, gineco-obstétricos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>